



08/09/2020

Número: **0804048-03.2020.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**

Última distribuição : **12/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.281,25**

Assuntos: **Indenização por Dano Moral, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSINALDO DE MENESES GOMES (AUTOR)		YURE PEREIRA GOMES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34040049	08/09/2020 09:30	2748073_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2017

Carta nº: 11670510

A/C: JOSINALDO DE MENESES GOMES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170498861 ASL-0352968/17
Vitima: JOSINALDO DE MENESES GOMES
Data Acidente: 12/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01461/01462 - carta_01



Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2017

Carta nº: 11670517

A/C: JOSINALDO DE MENESES GOMES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170498861 ASL-0352968/17
Vítima: JOSINALDO DE MENESES GOMES
Data Acidente: 12/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 12/09/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 12/03/2017. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- DUT não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01229/01230 - carta_03



Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2017

Carta nº: 11794523

A/C: JOSINALDO DE MENESES GOMES

Sinistro: 3170498861 ASL-0352968/17
Vítima: JOSINALDO DE MENESES GOMES
Data Acidente: 12/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01301/01302 - carta_02

00070651



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2017

Carta nº 11834022

A/C: JOSINALDO DE MENESES GOMES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170498861 ASL-0352968/17
Vitima: JOSINALDO DE MENESES GOMES
Data Acidente: 12/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01719/01720 - carta_25



Rio de Janeiro, 11 de Novembro de 2017

Carta nº: 11946545

A/C: JOSINALDO DE MENESES GOMES

Sinistro: 3170498861 ASL-0352968/17
Vitima: JOSINALDO DE MENESES GOMES
Data Acidente: 12/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSINALDO DE MENESES GOMES

Valor: R\$ 4.218,75

Banco: 104

Agência: 000000043

Conta: 00000180855-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.218,75

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%
Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00089/00090 - carta_15R



Seguro Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



ANO DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, advogados ou procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização.

JOSINALDO DE MENESES GOMES

RG nº 1.661.574

EXPEDIDO POR SSDS PB

EM 09/12/15

03666358410 (CNPJ)

PROFISSÃO Cam

IDENTIFICANDO-SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO, REEMBOLSO DO

SINISTRO JOSINALDO DE M. GOMES

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SINISTRO

PAR O PREENCHIMENTO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

O formulário, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras não são obrigadas a aceitar indenizações de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, a profissão e a faixa de renda mensal.

Em caso de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Documentos que apresentem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário do Funcionário;
- Documentos que apresentem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.

- Documentos que o beneficiário/vítima não possua:

- Documento que prove o limite de movimentação financeira mensal;

- Cartão de identificação da CEF (Caixa Econômica Federal);

- Cartão de identificação da CEF (Caixa Econômica Federal) com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;

- Proposta, proposta ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento);

- Documentos bancários;

- Documento inválido ou pendente de regularização ou corcelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL);

- Documento que não seja o CPF cadastrado no SIS DPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;

- Documentos referentes a vítimas/beneficiários.

O beneficiário deve apresentar os documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scaneada;

O beneficiário deve apresentar os dados informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com identificação;

CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0063

Nº da CONTA (com dígito, se existir) 028214-3

CONTA POUPEMANIA (SOMENTE BANCOS: BRABESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO,

RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Feito em 30 de AGOSTO

de 2017

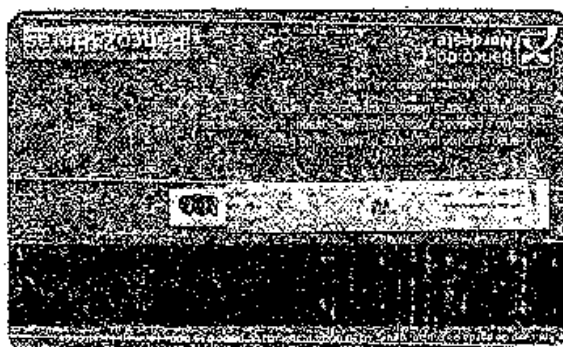
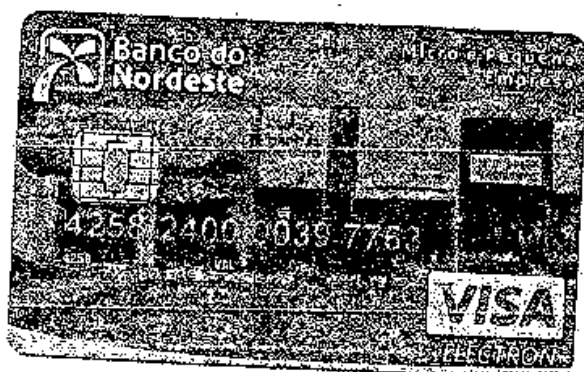
LOCAL E DATA

X Josinaldo de Menezes Gomes
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Em caso de indenização de até R\$ 1.500,00 e a partir de R\$ 1.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que vai confirmar a gravidade dos sequelas e a incapacidade para o trabalho) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para saber mais sobre o Seguro DPVAT, acesse: www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 321117





12 SET 2017



BRASIL
REPUBLICA DE SANTA CATARINA
ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE SÃO CARLOS

CONDOMÍNIO DE FÁBRICA DE CIMENTO
DECLARAÇÃO DE CONFORMIDADE

DADO DO COMPROVADO

PROF. SUELIO MOREIRA TORRES
PROF. SUELIO MOREIRA TORRES
PROF. SUELIO MOREIRA TORRES
PROF. SUELIO MOREIRA TORRES
PROF. SUELIO MOREIRA TORRES

PROF. SUELIO MOREIRA TORRES

PROF. SUELIO MOREIRA TORRES

PROF. SUELIO MOREIRA TORRES

PROF. SUELIO MOREIRA TORRES

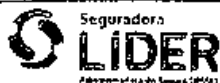
PROF. SUELIO MOREIRA TORRES

Assinado por SUELIO MOREIRA TORRES

12 SET 2017



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSINALDO DE MENEZES GOMES

PORTADOR(A) DO RG Nº 1.664.574

EXPEDIDO POR SSAS RB

EM 09/12/15 E

CPF 036465584-10 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO DESEMPREGADO

E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSINALDO DE M. GOMES, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0067 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 028214-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO. 30 SET 2017

Patos-PB 29 de SETEMBRO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos/à legítimos/beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradora.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BANCO DO NORDESTE

DEPOSITO POR ENVELOPE NO AUTODEBITAMENTO

EMITIDO EM: 21/08/2017. AS 15:11

AGENCIA 067 - PATOS-PB

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE

DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - EM DINHEIRO

DADOS DO FAVORECIDO

NOME : JOSIVALDO DE MESESES GOMES 036835

AGENCIA: 0067

CONTA : 000028214-3

VALOR: ~~500,00~~

NR ENV : 1042551377

50 SET 2017





Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: Boletim de ocorrência

CERTIDÃO



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a Ocorrência nº 3230/2017, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos VINTE E CINCO (25) dias do mês de JULHO do ano DOIS MIL E DEZESSETE (2017), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Bel.(*) MANOEL MARTINS FERNANDES, Delegado (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, no final assinado, compareceu: JOSINALDO DE MENESES GOMES, RG 1.664.574 SSP/PB, CPF: 036.665.584-10, brasileira (o), solteiro, com 44 anos de idade, metalúrgico, natural de Patos/PB, Filho(a) de Antonio Gomes dos Santos e Iracema de Menezes Gomes, Residente na Rua Pedro dos Santos, S/N, Centro, Santa Terezinha/PB. Tel.: (83) 98718-9666, a fim de notificar o seguinte:

Que, o notificante afirma que no dia 12/03/2017, por volta das 15h 15m transitava pela PB-262 sentido São José do Bonfim/Patos/PB, pilotando a sua motocicleta HONDAS/POP 100, PLACA: OFF-6015/PB, COR VERMELHA, ANO/MODELO: 2012/2012, CHASSI: 9C2HB0210CR487417, RENAVAM 0049063702-7, quando numa curva, na altura do Km 8,5 sobrou numa curva e perdeu o controle da moto e caiu, ficando desacordado, após perder os sentidos; Que em decorrência da queda da moto a notificante sofreu várias escoriações e fraturou a clavícula e fraturou algumas costelas, inclusive perfurou o pulmão, também houve um desligamento dos tendões do joelho esquerdo; Que o notificante afirma que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional de Patos/PB, onde recebeu atendimento médico; Que a motocicleta pertence e é licenciada em nome do notificante.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B.
- Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante:

Josinaldo de Menezes Gomes

Patos/PB, 25 de Julho de 2017.

12 SET 2017

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
José Wellington Rodrigues de Moura
Mat. 137.246-77

JWR

DINAMISICO WANDERLEY

Autentico a presente cópia, reconhecendo fiel ao original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 25/07/2017 10:46:31
MARIA DECI OLIVEIRA VILAS OLIVEIRA - Escrivente Autorizada
[2017-029728] EML:PE 2,31 FÉRENTI 0,27 FÉRENTI 0,25 ISS:PE 1,1
SELO DIGITAL 202008-5100
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.pb.gov.br>



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSINILDO DE MENESES GOMES, portador da
carteira de identidade nº 1.664.574 e inscrito no CPF/MF sob o nº
036.685.584-10, residente e domiciliado na
RUA PROJETADA, S/N, VILA TEIMOSA, CEP 58700-000 Cidade
DATOS Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☐ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

PMUS PB, 30 ABRIL 2017

Local e data

Josinildo de Menezes Gomes
Assinatura do declarante

12 SET 2017





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DO BONFIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192

Comprovação de ato declaratório

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO V



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA:

OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO
10000000000000000000	JOÃO CARLOS DE SOUZA SILVA	45	MASC
BAIRRO	MEDICO REGULADOR		
SAO JOSE DO BONFIM	DR. [Assinatura]		
☐ LOCAL ☐ PM ☐ RESGATE / BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:			
☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ REQUISIU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO			

TIPO DE AGRAVO:

☐ ACIDENTE DE TRANSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ QUEIMADURAS	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO	☐ QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
☐ Queda	☐ METROS
☐ QUEIMADURAS	☐ QUEIMADURAS
☐ OUTROS	☐ OUTROS
☐ OUTROS	☐ OUTROS
☐ OUTROS	☐ OUTROS
☐ OUTROS	☐ OUTROS
☐ OUTROS	☐ OUTROS
☐ OUTROS	☐ OUTROS

ANTECEDENTES:

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATORIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

DO MÉDICO	RESPONSÁVEL	FUNÇÃO
DR. [Assinatura]	DR. [Assinatura]	DR. [Assinatura]

MOTIVO DE TRANSPORTE:

☐ EXAME DIAGNÓSTICO	☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE	☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO	☐ OUTRO	☐ OUTRO

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

DO	RESPONSÁVEL	FUNÇÃO
DR. [Assinatura]	DR. [Assinatura]	DR. [Assinatura]

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS):

DOENÇA CRÔNICA DE LONGA DURAÇÃO + DOENÇA AGUDA

DADOS VITAIS:

☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO ☐ >30rpm ☐ <30rpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☒ >90mm Hg ☐ <90mm Hg
 FC: FR: TEMP: GLICÊMIA: mg/dl - E. Com a: SaO2s/O2: SpO2c/O2:

SYSTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Capacidade Adaptativa Intrapessoal Diminuída ☐ Comunicação verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Desambulação Prejudicada ☐ Débito
☐ Desconstrução Ineficaz das VVAA ☐ Discrepância Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada
☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Medo ☐ Integridade da Atividade ☐ Alucinação Oral Prejudicada ☐ Paciente Respiratório Prejudicado ☐ Perda de Consciência
☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência
☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência
☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência ☐ Perda de Consciência

INTERVENÇÕES:

INTERVENÇÕES

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

12 SET 2017



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.218,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINALDO DE MENESES GOMES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000180855-5

Nr. da Autenticação 13387B391E86979C



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência

Eu, JOSINALDO DE MENESES GOMESRG nº 1.664.574, data de expedição 09/12/15, Órgão SSBS PB,CPF nº 036.665.584-10, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>RUA PROJETADA</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>VILA TEIMOSA</u>
Cidade	<u>PATOS</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58400-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PATOS - PB, 30 AGOSTO 2017Assinatura do Declarante: Josinaldo de Menezes Gomes

12 SET 2017





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

SUS Sistema Único de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) Jacqueline de Almeida, portador(a) da identidade RG. _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S420, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

Patos-PB, 05.04.17

Stênio Guy W. Araújo
CRM 1325 - GBO-223146
CRM 1325 - GBO-223146
CRM 1325 - GBO-223146

Assinatura do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA-ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.268/0001-00
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

DINAMÉRICO WANDERLEY

DE NOTAS

DE NOTAS

Este documento é uma cópia, reprodução fiel do original que
fornece o teste de veracidade.

Assinatura Autorizada
SUELIO MOREIRA TORRES - Escrivão Autorizado
CPF: 027.727.840-11 FARM: 0.27 FEP: 0.06 ISS: 0.07
SELO DIGITAL: 4F725097-444X em
confira a autenticidade em <https://seledigital.tjpb.jus.br>

12 SET 2017



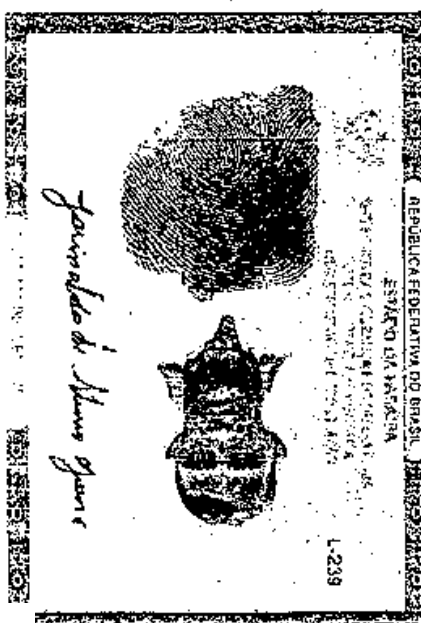
Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.664.574 - 2ª VIA	DATA DE EMISSÃO	09/12/2015
NOME	JOSINALDO DE MENESES GOMES		
FILIAÇÃO	ANTÔNIO GOMES DOS SANTOS IRACEMA DE MENESES GOMES		
NATURALIDADE	PATOS-PB	DATA DE NASCIMENTO	08/02/1973
DOC. ORDEM	CERT. CAS Nº12810 - LIV.033 - FLS.080 - CARTÓRIO PATOS PB		
CPF	038.885.884-10		

22/09/83



12 SET 2017



[illegible][illegible]

12 SET 2017



Page: 1 Document Name: untitled

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 27/10/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 0043 PATOS OPER: 013 CONTA: 180.855-5
PERIODO: 27102017 ATE: 27102017 CPF: 036.665.584-10
NOME: JOSINALDO DE MENESES GOME VLR.BLQ.JUD. :



DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

Date: 27/10/2017 Time: 11:01:45





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAL DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL: 3170 49 8861 CPF da Vítima: 036.665.584-10 Nome completo da vítima: JOSINALDO DE MENESES GOMES

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>JOSINALDO DE MENESES GOMES</u>	<u>036.665.584-10</u>	<u>DESEMPREGADO</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>RUA PROLETÁRIA</u>	<u>3N</u>	
Bairro	Cidade	CEP
<u>VILA TEIMOSA</u>	<u>PATOS</u>	<u>58.700-000</u>
E-mail	Telefone (DDD)	
	<u>(83) 9.0880-3050</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECURSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☒ CONTA ECONOMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
<u>0043</u>		<u>180.855-5</u>	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
_____ (Informar nome do banco)			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
_____ (Informar dígito se existir)		_____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

PATOS-PB 27 de OUTUBRO de 2017.

Local e Data

Josinaldo de Menezes Gomes
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170498861 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO DE MENESES GOMES **Data do acidente:** 12/03/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NÃO DEFINIDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: MARIA TEREZA R DE A AMORIM

CRM do médico: 52.31475-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170498861 **Cidade:** Patos **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO DE MENESES GOMES **Data do acidente:** 12/03/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. FRATURA DE TRÊS ARCOS COSTAIS COM PNEUMOTÓRAX.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA (1+/4+), LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA 15° E DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 10°, APRESENTAVA ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR EM OMBRO ACOMETIDO, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU I. É POSSÍVEL EVIDENCIAR A PRESENÇA DE DOR CRÔNICA EM HEMITÓRAX À DIREITA EM TERRITÓRIO DE FRATURA DE ARCOS COSTAIS, ALÉM DE LEVE ASSIMETRIA DURANTE O PERÍODO INSPIRATÓRIO EM HEMITÓRAX À DIREITA.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE DRENO DE SUÇÃO POR UM PERÍODO DE 12 DIAS PARA A DRENAGEM DE HEMOTÓRAX À DIREITA. APÓS ESTE PERÍODO O MESMO PERMANECER POR 2 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR ONDE RECEBEU ALTA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de estruturas torácicas, Limitação funcional do ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/10/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			31,25 %	R\$ 4.218,75



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **JOSINALDO DE MENESES GOMES** Sinistro: **3170498861** Data: **12/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA PROJETADA, S/N - VILA TEIMOSA - Patos - PB - CEP 58700-010**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS / PB**] **1664574**

Data local do exame: [**13/10/2017**] **Patos** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA. FRATURA DE TRÊS ARCOS COSTAIS COM PNEUMOTÓRAX. AO EXAME FÍSICO VÍTIMA APRESENTA DEFORMIDADE EM TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA DIREITA (1+/4+), LIMITAÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA 15° E DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 10°, APRESENTAVA ATROFIA LEVE DA MUSCULATURA DO MANGUITO ROTADOR EM OMBRO ACOMETIDO, ALÉM DE DÉFICIT DE FORÇA ABDUTORA GRAU I. É POSSÍVEL EVIDENCIAR A PRESENÇA DE DOR CRÔNICA EM HEMITÓRAX À DIREITA EM TERRITÓRIO DE FRATURA DE ARCOS COSTAIS, ALÉM DE LEVE ASSIMETRIA DURANTE O PERÍODO INSPIRATÓRIO EM HEMITÓRAX A DIREITA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR PARA A FRATURA DA CLAVÍCULA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR UM PERÍODO DE 45 DIAS. E TRATAMENTO CIRÚRGICO COM USO DE DRENO DE SUÇÃO POR UM PERÍODO DE 12 DIAS PARA A DRENAGEM DE HEMOTÓRAX À DIREITA. APÓS ESTE PERÍODO O MESMO PERMANECU POR 2 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR ONDE RECEBEU ALTA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional de estruturas torácicas, Limitação funcional do ombro direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Ombro direito

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
Estruturas torácicas

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.





Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

